

## SUMARIO

Pág. 2.  
Nota del Editor.

Pág. 3.  
Aspectos Medicolegales de  
la Práctica de la Cirugía  
General.

Pág. 7.  
Seguridad del Paciente en  
la Transferencia entre Áreas  
Asistenciales: Gestión del  
Riesgo.

Pág. 8.  
Seguridad en Anestesia.



## Nota del Editor



**Horacio E. Canto**  
*Editor responsable*

Estimados Asegurados:

Nuevamente hemos decidido hacer foco en este número en la Seguridad del Paciente. Como les hemos mencionado en artículos anteriores, varias organizaciones a nivel mundial han considerado este tema como central durante la internación de los pacientes.

El primer tópico abordado fue el atinente a la seguridad en cirugía. Actualmente uno de los aspectos más estudiados es todo referente a la seguridad en la transferencia entre distintas áreas en pacientes internados, ya que una insuficiente información en esta instancia genera riesgos muchas veces importantes.

Asimismo actualizaremos en esta edición aspectos de seguridad y de riesgo de especialidades con un número significativo de reclamos, como son la cirugía y la anestesiología.

Aprovecho también para recordarles que SMG Seguros tiene una línea telefónica "on line 24 hs" al servicio de los asegurados para todo tipo de consultas médico legales.

Esperando que los temas sean de vuestro interés, los saluda cordialmente.

**Dr. Horacio E. Canto**  
*Gerente de Administración de Riesgo*  
*Swiss Medical Group*



Línea "On line 24 hs": (011)(15) 4947-7136  
Dra Flichman.  
Línea diurna: (011) 5239-6300  
Dr. Susman/ Dr. Sabino (12 a 18 hs).  
E-mail: guardia24@smg.com.ar

# Aspectos Medicolegales de la Práctica de la Cirugía General

**Dr. Rodolfo Daniel Altrudi, MAAC**

*Médico Cirujano y Médico Legista Universitario  
Gerencia de Siniestros SMG Seguros*

**“El ejercicio de la cirugía implica en la actualidad un enfrentamiento con situaciones conflictivas en el campo ético-legal, cuya frecuencia y magnitud es superior a la de sus soluciones”.**

Han pasado 23 años desde que el Dr. Florencio Sanguinetti manifestó lo escrito precedentemente, en el contexto de su relato oficial en el LIX Congreso Argentino de Cirugía. Se acercaba el final de la década de 1980, que se había caracterizado por el avance de los juicios a los médicos (especialmente a los cirujanos) en el ámbito civil, ya que en las décadas anteriores, la mayoría de los mismos se desarrollaban en el ámbito penal.

Dado el tiempo transcurrido y la existencia de un número cada vez mayor de médicos llevados a juicio, sería lícito considerar que los cirujanos han ido tomando todas las medidas tendientes a la prevención, (buena praxis, conocimiento de las leyes relacionadas con la práctica quirúrgica, consentimiento informado adecuado, correcta confección de la historia clínica y de los protocolos operatorios, etc.), así como aquellas tendientes a su protección, particularmente contratar un buen seguro de responsabilidad profesional y buscar un asesoramiento medicolegal idóneo.

Lamentablemente no es así. En un trabajo realizado en la década del 2000, por el Dr. Ferreres y colaboradores, se halló que la mitad de los cirujanos que habían sido encuestados, no tenían seguro y que todos desconocían el tipo de póliza que podían elegir. Del mismo modo, en la defensa de un juicio por “mala praxis”, el 91% había elegido como perito o consultor técnico de parte, a un médico legista no cirujano.

Por dicho motivo, en este breve artículo analizaremos algunos temas que son tradicionales, pero a la luz de recientes avances técnicos y/o de la promulgación de nuevas leyes. Como arquetipo de ello, comenzaremos con la cuestión del consentimiento informado.

Probablemente no haya nada más alejado del requerimiento ético y legal, que la forma en que se implementa en nuestro medio, (público y privado), el consentimiento informado para las prácticas quirúrgicas. En la inmensa mayoría de los casos, se trata de un escrito pro forma, con



un contenido totalmente genérico e impersonal, habitualmente incompleto y, casi invariablemente, firmado ante el personal administrativo al momento del ingreso al centro asistencial o, incluso, en el quirófano, antes de comenzar la cirugía programada.

Contrariamente a esa concepción de un mero “trámite” administrativo, el consentimiento quirúrgico es un “proceso” que involucra, por un lado, la revelación de la información al paciente y, por el otro, la obtención de su autorización para el procedimiento en cuestión.

La información, debe ser presentada al paciente de manera tan clara como sea posible y debe incluir, en general, la explicación del procedimiento, de los riesgos, beneficios, consecuencias y complicaciones potenciales del mismo, así como la discusión de todas las otras alternativas posibles.

Se debe tener en cuenta que no sólo es necesaria una buena explicación, sino también el cerciorarse del grado de entendimiento que el paciente ha tenido de lo que se le ha informado. Hacer que el paciente simplemente firme un formulario de consentimiento informado, para satisfacer un requerimiento legal, no refleja necesariamente que hubiera entendido los objetivos del procedimiento propuesto, o que los mismos estén alineados con sus valores e intereses personales.

En relación con el requerimiento legal, es importante conocer que el 29/10/09, el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación, sancionaron la Ley 26.529 de “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud”, la que fue promulgada de hecho el 19/11/09, entrando en vigencia -sin reglamentación- el 21/02/10. El capítulo III de la misma, trata específicamente sobre el consentimiento informado y, en su artículo 6º, establece su obligatoriedad: **“Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijan por vía reglamentaria, el previo consentimiento del paciente”**.

Si bien, como ya lo hemos expresado, esta ley no fue reglamentada, en su artículo 7º, establece que el consentimiento deberá ser por escrito para los casos de: internación, intervención quirúrgica y procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos. Asimismo y reforzando el concepto de obligatoriedad que ha establecido esta ley, en su capítulo IV, que trata sobre la Historia Clínica, el artículo 16 (Integridad) dice: **“Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados...”**.

En consecuencia, la ausencia del consentimiento informado, en los casos en que se ha establecido la obligatoriedad de su obtención, además de las consecuencias legales que acarrea, transforma automáticamente a la historia clínica en un documento incompleto.

Si bien es censurable e ilegal la falta del consentimiento

informado para las prácticas quirúrgicas (aún aquellas consideradas como “menores”), su presencia no constituye una salvaguarda ante la existencia de una verdadera mala praxis. En otras palabras, el consentimiento quirúrgico no es un “cheque en blanco” para el accionar del cirujano, quien igualmente deberá responder ante la justicia si ocasionó, por una práctica médica reprochable, un daño al paciente.

El consentimiento quirúrgico ideal es aquel confeccionado “a medida”, en relación con el procedimiento quirúrgico específico que se le propuso al paciente y que éste aceptó, luego de habersele explicado todos los pros y los contras, tanto de su realización como de su no realización (por negativa del paciente), así como todas las otras alternativas terapéuticas posibles.

Ese consentimiento informado “detallado” tiene aún más importancia, cuando se le propone al paciente una técnica o procedimiento quirúrgico de reciente desarrollo, sobre el que todavía no existen resultados alejados y/o no se tiene gran experiencia.

En relación con esta última cuestión, hace unas pocas décadas atrás, la colecistectomía laparoscópica era considerada como un “procedimiento innovador” y hoy -principalmente en los países más desarrollados- es la “técnica estándar” para la extirpación de la vesícula biliar. Más aun, desde hace algunos años se vienen desarrollando otras alternativas menos invasivas, tales como la utilización de una única vía de ingreso para todo el instrumental laparoscópico o el empleo de un orificio natural para ello.

Cuando se comenzó con la cirugía laparoscópica en nuestro medio, la incidencia de juicios por “mala praxis”, que hasta entonces se mantenía en una meseta, tuvo un aumento abrupto que los cirujanos atribuimos a la “curva de aprendizaje”, concepto lógico en el ámbito quirúrgico, pero inentendible y hasta reprochable en el ámbito jurídico.

La mayoría de esos juicios se originó en lesiones de la vía biliar o de otros órganos y estructuras anatómicas. Algunas de esas lesiones eran conocidas ya desde la época del abordaje tradicional a cielo abierto, aunque con menor frecuencia y (particularmente en las de la vía biliar), menor gravedad, pero otras fueron propias e inherentes a la técnica laparoscópica, como las derivadas del ingreso a ciegas de los trócares, o las quemaduras con electrobisturí en órganos ubicados fuera del campo quirúrgico.

Con cada nuevo desarrollo quirúrgico, se repite la misma situación y otros ejemplos de ello son la cirugía bariátrica laparoscópica y la cirugía robótica. No abordar esos procedimientos por temor a los juicios, representaría una detención en el progreso de la cirugía que, a la larga, sería perjudicial para los propios pacientes. Pero, llevarlos a cabo sin un debido protocolo, sin prácticas previas en simuladores o en modelos animales, en centros no debidamente equipados para su realización y/o para el diagnóstico y tratamiento de las posibles complicaciones,



constituye una verdadera mala praxis. Como alguna vez lo definió el Dr. Ríos, de una manera sencilla y contundente, **“Son actos que pasan por la ignorancia inadmisibile, la grave desatención y la notoria temeridad”**.

No obstante, en la actualidad, una proporción importante de los reclamos judiciales a los cirujanos, está relacionada con lesiones en el contexto de ese tipo cirugías. En esos casos, con frecuencia, el cirujano involucrado no puede acreditar una “buena praxis” y -retomando el tema de la información- no existe un consentimiento informado, adecuado y específico de la operación realizada, en el que -incluso- se especifique su naturaleza innovadora.

Estos avances en el campo de la “cirugía mínimamente invasiva”, han instalado falsas premisas en la dupla cirujano-paciente. La divulgación pseudo-científica de algunos procedimientos quirúrgicos en los medios de comunicación masiva, lamentablemente muchas veces por causas no ajenas a los intereses comerciales de los profesionales y/o de los centros asistenciales, en donde se minimizan excesivamente los riesgos de la cirugía, crea expectativas desmedidas en los pacientes, tales como la ausencia absoluta de dolor y/o de complicaciones, la recuperación poco menos que instantánea de la operación, etc.

Ante ello, cuando lógicamente esas metas no se cumplen en la medida de lo erróneamente esperado, se genera en el paciente un sentimiento de frustración, cuando no de encono, hacia el cirujano, que abona el campo para los reclamos judiciales.

Por otro lado, también los cirujanos -aún aquellos bien intencionados- suelen ser presa de ese exitismo de las nuevas técnicas operatorias y ante las quejas de molestias o dolor post-operatorio de sus pacientes, no prestan la debida atención. Se ingresa así en el campo de la negligencia, al no diagnosticarse oportunamente las complicaciones, por considerar que esas quejas o manifestaciones del paciente son producto de una excesiva aprehensión o de esas falsas expectativas que, en algunos casos, ellos mismos contribuyeron a fomentar.

Una complicación quirúrgica, propia del procedimiento realizado (por ejemplo, una fístula anastomótica), en la que no ha existido error técnico, oportunamente diagnosticada y tratada, es encasillable en el “riesgo quirúrgico”, es decir, aquellos accidentes intraoperatorios y/o complicaciones postoperatorias no imputables al cirujano y por los cuales -pese a originarse un daño en el paciente- no se debe responder judicialmente.

Al respecto, el Dr. Lorenzetti (actual presidente de la Corte Suprema de Justicia) ha expresado: **“Desde el punto de vista médico el riesgo quirúrgico es un alea imprevisible para la ciencia, una ocurrencia que es imposible dominar con los medios con que se cuenta. Este evento puede ser inherente a la enfermedad del paciente o bien producido por la terapia aplicada. Desde el ángulo jurídico el riesgo quirúrgico es un casus, eximente de responsabilidad”**.

Por el contrario, tanto las lesiones que son el producto de la impericia, imprudencia o negligencia, como las complicaciones -aún aquellas propias del riesgo quirúrgico- no diagnosticadas oportunamente ni tratadas adecuadamente, por no haberse agotado todos los medios tendientes a ello (obligación de medios), exponen al cirujano a un reclamo judicial, con un alto riesgo de concluir de manera desfavorable para sus intereses.

**“Si el cirujano deja caer su ciencia, vende su luz; si deja flaquear su técnica, vende su acción y si deja desfallecer su conciencia, vende su alma”**. Para que eso no ocurra, rescatemos la buena praxis, es decir, la calidad de la atención, la adecuada documentación (fundamentalmente historia clínica, protocolo quirúrgico y consentimiento informado), la buena relación médico-paciente y el conocimiento y respeto de la ley y de los derechos del paciente.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Solomon MZ, O'Donnel L, Jennings B, et al. Decisions near the end the life: professional vies of life-sustaining treatments. Am J Public Health, 1993; 83: 14-23.
2. Brody H. Ethical Decisions in Medicine. Boston, Little, Brown & Co.; 1976.
3. Sharma BR, Withholding and Withdrawing of Life Support. A Medicolegal Dilemma. Am J Forensic Med Pathol 2004; 25: 150-155.
4. Lossetti O., Di Salvo H., Eutanasia: Medicina Legal y Bioética. Boletín de Responsabilidad Profesional y Ética -Año 3 N° 14 agosto 2009.
5. Decisiones al fin de la vida. Retiro del soporte vital. [www.unesco.org.uy](http://www.unesco.org.uy)

# Seguridad del Paciente en la Transferencia entre Áreas Asistenciales: Gestión del Riesgo

**Dra. Mariana Flichman**

*Médica Legista*

*Gerencia de Administración de Riesgo*

*SMG Seguros*

## Introducción al problema

Durante un episodio de enfermedad o un período de atención, un paciente es habitualmente tratado por una serie de facultativos médicos y especialistas en múltiples entornos, incluyendo atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de emergencia, atención quirúrgica, cuidados intensivos y rehabilitación.

En forma adicional, los pacientes se moverán a menudo entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular, y podrán encontrarse con tres turnos de personal por día, suponiendo esto un riesgo de seguridad para el paciente en cada intervalo.

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o podría darse la interpretación incorrecta de la información.

Estas brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente.

Así lo han entendido las principales organizaciones internacionales, preocupadas en la seguridad del paciente, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Joint Commission(JC), que no solo han definido a estas etapas de transición asistencial, como de alto riesgo, sino que además han convocado a los Estados intervinientes, a desarrollar estrategias que permitan disminuir el riesgo, mejorando así la Calidad Asistencial.

En el año 2006 la OMS puso en marcha un proyecto denominado "High 5's Project" definiendo los 5 problemas esenciales en seguridad y diseñando un Programa a 5 años para los estados participantes: Australia, Canadá, Alemania, Holanda, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos. En este Programa la transferencia y los errores de medicación relacionados con la misma fueron elegidos como uno de los cinco problemas esenciales, y el objetivo es generar prácticas estandarizadas que permitan mensurar los resultados de su implementación.

## Impacto estimado del problema en lo asistencial y en lo económico

La interrupción de la comunicación fue la causa principal de los eventos centinela denunciados ante la Comisión Conjunta en los Estados Unidos de América entre 1995 y 2006 y el factor causal más común de reclamos surgidos de transferencias ante las agencias de seguros por mala praxis en EE.UU.

De los 25 000 a 30 000 eventos adversos evitables que condujeron a una discapacidad en Australia, el 11% se debió a problemas de comunicación, en contraste con el 6% debido a niveles de competencia inadecuados de los facultativos.

En el contexto actual de interés internacional por promover la seguridad del paciente, *la transferencia se ha identificado como un proceso de alto riesgo al que se somete al paciente en múltiples ocasiones* en el continuo de la asistencia sanitaria que el sistema le presta. Se trata de un proceso en el que interviene como elemento clave la comunicación, factor involucrado según la JCAHO en el 70% de los eventos centinela notificados en el año 2005.

**Está además relacionada con tratamientos inadecuados, aumento de los periodos de hospitalización, interrupción de la calidad asistencial, insatisfacción del usuario, incremento del gasto sanitario e incluso muertes.**

## Desarrollo y propuestas de solución

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica de un paciente de un prestador de atención a otro y de un equipo de prestadores al siguiente, o de los prestadores de atención al paciente y su familia a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente. La comunicación en el momento del traspaso también está relacionada con la transferencia de información de un tipo de organización de atención sanitaria a otra, o de la organización al hogar del paciente. La información que se comparte por lo general consiste en el estado actual del paciente, cambios recientes en su estado, tratamiento en curso y posibles cambios o complicaciones que pudieran ocurrir. Los traspasos de atención del paciente tienen lugar en muchos entornos dentro de la totalidad de la atención, incluyendo de admisión a atención primaria, desde el

médico que se retira al médico que lo cubrirá, el informe de cambio de turno de enfermería, el informe de enfermería sobre la transferencia de un paciente entre unidades o establecimientos, los informes de anestesiología al personal de la sala de recuperación después de una anestesia, la comunicación entre el departamento de emergencia y el personal del establecimiento que recibirá al paciente transferido, y el alta del paciente para su retorno al hogar o su traslado a otro establecimiento.

**El fin último de la transferencia es la transmisión de información crítica del paciente asegurando el cumplimiento de los objetivos terapéuticos en el contexto de una atención segura en la que no se vea interrumpida la continuidad asistencial.**

### Medidas Sugeridas por la OMS

“Las siguientes estrategias deberán ser tenidas en cuenta por los estados miembros de la OMS”.

**1. Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria implementen un enfoque estandarizado para la comunicación entre el personal en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención al paciente en el transcurso de la transferencia de un paciente.**

Entre los elementos sugeridos para este enfoque se incluyen:

El uso de la técnica **SBAR** (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).

La asignación del tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el personal formule y responda preguntas sin interrupciones, siempre que sea posible (en el proceso de traspaso deberían incluirse pasos de repetición y relectura).

El suministro de información referente al estado del paciente, sus medicamentos, sus planes de tratamiento, sus directivas anticipadas y cualquier cambio relevante en su estado. La limitación del intercambio de información a lo que es necesario para prestar una atención segura al paciente.

**2. Asegurarse de que las organizaciones de atención sanitaria implementen sistemas que garanticen, en el momento del alta hospitalaria, que el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria obtengan la información clave referente a los diagnósticos al alta, los planes de tratamiento, los medicamentos y los resultados de las pruebas.**

**3. Incorporar capacitación sobre comunicación en el momento del traspaso en el plan de estudios y desarrollo profesional permanente para los profesionales de la atención sanitaria.**

**4. Fomentar la comunicación entre organizaciones que estén prestando atención al mismo paciente en forma paralela.**



## Aspectos prácticos de la implementación

Podemos definir como transferencia, la comunicación entre profesionales sanitarios en la que se transmite información clínica de un paciente, y se traspasa la responsabilidad del cuidado a otro profesional sanitario o grupo de profesionales, bien de forma temporal (relevo, cambio de turno), o definitiva (cambio de unidad o de nivel asistencial)

### Tipos más frecuentes de transferencia:

1. Ingreso del domicilio a la Institución
2. Pase de los centros quirúrgicos/obstétricos al área de internación
3. Pases Internos: piso a cuidados intensivos y viceversa
4. Movimientos internos entre distintos servicios
5. Egreso al domicilio o a centros de menor complejidad

Gracias a otras industrias de alto riesgo como las de aviación y energía nuclear se están aprendiendo lecciones sobre cómo mejorar los traspasos. Una de esas lecciones es la necesidad de contar con un idioma común para comunicar la información crucial. La incorporación de técnicas de informes de situación tales como el proceso SBAR (sigla en inglés correspondiente a

Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) pueden proporcionar un marco estándar para la comunicación en el momento de traspasos de atención de pacientes o, su versión adaptada por la Agencia Australiana de Calidad: ISOBAR.

## ISOBAR

**I. Identificación del paciente e Identificación de los profesionales responsables de la asistencia a los que se transfiere el paciente.**

**S. Situación.** Motivo de la asistencia sanitaria, cambios en el estado del paciente, posibles complicaciones y aspectos a vigilar.

**O. Observación.** Signos vitales recientes, pruebas realizadas, evaluación del paciente.

**B. Background o antecedentes clínicos relevantes.** Riesgos y alergias.

**A. Acordar un plan.** Dada la situación, ¿qué hacer para normalizarla? ¿qué se ha hecho ya? (Tratamiento, medidas terapéuticas, cuidados...) ¿Qué queda pendiente? (medidas terapéuticas, medicación, perfusiones, comprobaciones).

**R. Read-back.** Confirmar la eficacia de la transferencia y establecer res-ponsabilidades (¿quién hace qué y cuándo?).

Es muy importante comprometer al paciente y la familia en este proceso de comunicación:

### Oportunidades de participación del paciente y de la familia:

» Proporcionar información a los pacientes sobre sus problemas médicos y su plan de tratamiento en una forma que les resulte comprensible.

» Hacer que los pacientes conozcan sus medicamentos recetados, sus dosis y el tiempo que debe transcurrir entre las administraciones de los mismos.

» Informar a los pacientes quién es el prestador de atención responsable durante cada turno y con quién deben ponerse en contacto si tienen alguna inquietud sobre la seguridad o la calidad de la atención.

» Generar oportunidades para que los pacientes y sus familiares formulen cualquier pregunta sobre la atención sanitaria o expresen sus preocupaciones a los prestadores de atención sanitaria.

» Informar a los pacientes y a sus familiares sobre los siguientes pasos a seguir en su atención, para que, de ser necesario, puedan comunicarlo al prestador de atención del siguiente turno y para que estén preparados para ser transferidos de un entorno a otro, o a su hogar.

» Hacer participar a los pacientes y a sus familias en las decisiones sobre su atención.

**Es fundamental definir los momentos de transferencia como momentos de riesgo, desde la Dirección de la Institución, diseñando políticas en consecuencia y que esto sea transmitido a toda la Organización.**



# Seguridad en Anestesia

**Dr Claudio Sabino**  
Gerencia de Siniestros  
SMG Seguros

La medicina actual se nutre del modelo estadístico, el que provee las mejores opciones para tratar de proporcionar la mejor terapéutica con el menor riesgo posible. Particularmente, la realización de cualquier tipo de procedimiento que conlleve la administración de anestesia, ya sea regional o general, implica necesariamente la puesta en práctica de **protocolos avalados internacionalmente** tendientes a lograr los mejores resultados en la intervención y fundamentalmente proveer el mayor grado de **seguridad** al paciente.

La dinámica de este procedimiento se divide en etapas que el profesional anestesiólogo conoce e implementa de manera reglada, las que comienzan con el conocimiento del paciente y su categorización de riesgo, en relación a las preexistencias que presente y las características del procedimiento a realizar (visita pre anestésica).

El objetivo primordial de la consulta pre anestésica es determinar la naturaleza del riesgo quirúrgico global que corre el paciente que se va a operar mediante la evaluación de su patología quirúrgica y de las enfermedades asociadas que pudiera padecer o haber padecido.

El interrogatorio y la exploración siguen siendo los mejores métodos de la detección inicial de enfermedades en la fase preoperatoria y también sientan las bases para la práctica de estudios complementarios, en vez de ordenar pruebas de laboratorio sin un plan determinado.

Asimismo, la evaluación del estado emocional del paciente y su familia unido al nivel de angustia en cuanto a la cirugía inminente también aportan datos útiles para que el anestesiólogo pueda elaborar un plan asistencial y prever la respuesta del individuo a la experiencia de la anestesia, la que es percibida por la inmensa mayoría de los pacientes como misteriosa y temible. Obviamente, la cultura popular en este sentido no ayuda al paciente, a su entorno y menos aún al profesional que lo tratará.

Solamente una vez cumplimentado este requisito, informado el paciente sobre los riesgos, alternativas y beneficios de la técnica a emplear, el profesional anestesiólogo traza un plan de acción, el que puede presentar variables particulares dadas por la patología del enfermo, sus características y/o el procedimientos a realizar, aunque todos ellos conllevan la necesidad ineludible del control de las funciones vitales del paciente durante el procedimiento.-



En este sentido y de acuerdo con la complejidad que implica el colocar a un paciente bajo los efectos de una anestesia general, la comunidad médica implementó normas que implican el monitoreo del paciente desde distintos enfoques, a saber:

- 1) Monitoreo electrocardiográfico: se realiza el monitoreo continuo de la actividad eléctrica del corazón de un paciente sometido a una anestesia general. Este monitoreo permite la detección de arritmias, identificación de signos de isquemia miocárdica, detección de alteraciones electrolíticas, evaluación continua de la actividad eléctrica y evaluación de marcapasos (si lo hubiera).
- 2) Pulsioximetría: determina a través de sensores que pueden ser colocados en diversas ubicaciones (dedos, orejas), la frecuencia cardíaca del paciente, así como estima el grado de saturación con oxígeno de la hemoglobina del paciente (a través de un sensor fotoeléctrico).- Esta determinación adquiere capital importancia al momento de verificar la oxigenación del paciente durante el acto anestésico.
- 3) Capnografía y capnometría: cuantifican y grafican la cantidad y la dinámica del dióxido de carbono normalmente exhalado durante la respiración por un sensor colocado en el tubo endotraqueal (implemento que normalmente se utiliza a fin de aislar la vía aérea de la digestiva y poder proveer oxígeno y mezclas anestésicas al paciente, las que se absorben por vía pulmonar).-
- 4) Esfingomanometría (control de tensión arterial): cuantifica la tensión arterial de manera no invasiva durante el acto anestésico. Resulta importante aclarar que la determinación mencionada se realiza de 3 a 5 minutos mientras que las 3 anteriores son continuas.
- 5) Unido a estos controles, se llevan a cabo procedimientos tendientes al confort del paciente como ser

protección ocular y de decúbitos, control de temperatura y de los líquidos administrados por vía endovenosa.-

6) Por último, el profesional anestesiólogo dispone de medios como para, a través de determinaciones bioquímicas intraoperatorias, poder determinar variaciones en el estado del paciente y poder tratarlas en tiempo real.-

En cuanto a su dinámica, el acto anestésico se divide en tres etapas bien definidas, las que son controladas por el médico anestesiólogo, a saber:

**1. Inducción:** consiste en la administración de agentes que provean la hipnosis (sueño), analgesia ("Falta o supresión de toda sensación dolorosa, sin pérdida de los restantes modos de la sensibilidad") y relajación neuromuscular.- Esta etapa finaliza con la intubación traqueal que asegura la vía aérea del paciente.

**2. Mantenimiento:** en esta etapa se mantiene la hipnosis, la analgesia y la relajación neuromuscular en función de la duración de la cirugía y las necesidades particulares.-

**3. Despertar:** en esta etapa el paciente recupera la conciencia, responde a órdenes simples y restablece la respiración espontánea, parámetros que, valorados por el anestesiólogo, permiten que el paciente abandone el área quirúrgica rumbo a la sala de recuperación.

Ahora bien, una vez que el paciente está en condiciones de abandonar el quirófano, normalmente pasa a la denominada sala de recuperación, la que con el fin de proveer criterios uniformes respecto del estado de los pacientes con posterioridad al acto quirúrgico, las sociedades científicas determinaron escalas que evalúan aspectos específicos del paciente y tratan de establecer un límite en cuanto a la necesidad o no de soporte.

En tal sentido, una de las más utilizadas en nuestro medio es la Puntuación de Aldrete para la recuperación postanestésica, que se transcribe a continuación:

Actividad	Puntaje
Movimiento voluntario de todas las extremidades a la orden	2
Movimiento voluntario de dos extremidades a la orden	1
Incapaz de moverse	0
<b>Respiración</b>	
Respira profundamente y tose	2
Disnea, hiperventilación	1
Apnea	0
<b>Circulación</b>	
Variación de la tensión arterial de hasta un 20% del nivel preanestésico	2

Variación de la tensión arterial entre un 20 y 49% del nivel preanestésico	1
Presión arterial igual al 50% del preanestésico	0

#### Conciencia

Plenamente despierto	2
Se le puede despertar	1
No responde	0

#### Color

Rosado	2
Pálido, con livideces	1
Cianótico	0

**Total.....**

(Extractado de "Cuidados Post Anestésicos"-Frost-Goldiner-Ed.Mosby Doyma 1994, pág. 5, Capítulo "Criterios de ingreso y alta")

Solamente una vez que el paciente cumple con los criterios que permiten su pase a una sala general, bajo la atenta mirada del profesional a cargo, el paciente es remitido a su habitación.

Es decir que los procesos que normalmente se implementan durante una anestesia general se encuentran normatizados y cuentan con el respaldo de las sociedades que rigen la práctica de la especialidad para proveer un grado de seguridad y confiabilidad acorde con la complejidad requerida.

Este es un concepto que es conocido por los profesionales de la especialidad, pero que también y en su justa medida, debe conocer el paciente.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- Normatización y Seguridad en Anestesia-Federación Argentina de Asociaciones de Anestesiología-Número extraordinario-Diciembre 1993.-
- Monitorization in Anesthesia, Emergency Medicine, and Intensive Care Borja de la Quintana-Elsevier España, 2004
- Anestesia y enfermedad coexistente-Robert K. Stoelting Stephen F. Dierdorf-Elsevier España, 2003
- Meiler, S.E., Clínicas Anestesiológicas de Norteamérica 2006 - Página 407
- Anesthesiology clinics: Volumen 26,Número 3 - Página 127
- Davy C. H. Cheng, Lee A. Fleisher – 2008



## Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

La División Servicios Médicos de SMG Seguros está compuesta por profesionales con amplia experiencia en el sector, lo que les permite entender las necesidades de las instituciones y de los profesionales asegurados.

### Plan Médicos

Integral Médico	20% de Descuento*
Seguro de Hogar	25% de Descuento*

(\*). Acceda a estos descuentos contratando su póliza de Praxis Médica



Comuníquese con su Productor Asesor o envíenos un mail a [consultassmgseguros@smg.com.ar](mailto:consultassmgseguros@smg.com.ar) / [www.smgseguros.com.ar](http://www.smgseguros.com.ar)

